

Литвин А.А.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫХ И ПОДПЕЧЕНОЧНЫХ АБСЦЕССОВ

/ Гомель /

В течение 5 лет (1993-1997 г.г.) в хирургическом отделении Гомельской областной клинической больницы находилось на лечении 26 пациентов, у которых в послеоперационном периоде возникли поддиафрагмальные и подпеченочные абсцессы,

21 больной первично оперирован в клинике и 5 - доставлены из районов области.

Из 26 наблюдавшихся нами больных у 22 абсцессы возникли после экстренных операций и у 4 - после плановых оперативных вмешательств.

Среди оперированных по экстренным показаниям наибольшую группу (8) составили больные с деструктивным холециститом. У 3 пациентов абсцессы возникли после оперативных вмешательств по поводу закрытой травмы живота, в патогенезе которой преобладало кровотечение. У 5 - первичной операцией была резекция желудка по поводу желудочно-кишечного кровотечения (3) и прободной язвы 12-перстной кишки (2).

2 больных ранее оперированы по поводу рака желудка (1) и поперечно-ободочной кишки (1).

Среди больных, оперированных в плановом порядке, поддиафрагмальные и подпеченочные абсцессы возникли после операции по поводу осложненной язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки (резекция желудка - 3).

По локализации у 7 больных (26,9%) поддиафрагмальные абсцессы были левосторонними, у 4 больных (15,4%) - правосторонними. У 12 больных (46,1%) были выявлены подпеченочные абсцессы и еще у 3 больных (11,6%) поддиафрагмальные абсцессы сочетались с подпеченочными.

Наиболее частыми причинами возникновения абсцессов являются:

- при операциях на желчном пузыре
 - 1) истечение желчи (3 случая);
 - 2) гематома (2 случая);
 - 3) позднее оперативное вмешательство от начала заболевания (3 случая);
 - 4) неполное удаление желчного пузыря при первой операции (1 случай);
 - при операциях на желудке и 12-перстной кишке
 - 1) несостоятельность культи 12-перстной кишки (2 случая);
 - 2) несостоятельность швов (2 случая);
 - 3) резекция желудка на фоне тяжелого кровотечения (3 случая);
 - 4) позднее обращение при прободной язве (1 случай);
 - при травмах
 - 1) тяжелая сочетанная травма с массивным внутрибрюшным кровотечением (2 случая);
 - 2) недостаточная санация и дренирование (2 случая);
 - при панкреатите : недостаточная санация и дренирование ;
 - при раке: несостоятельность швов, сформированных анастомозов (2 случая).

Немтин А.З., Дундаров З.А.,
Рагунович И.М., Горностаи П.В.,
Раголевич Г.С., Богданович В.И.,

Сроки развития поддиафрагмальных абсцессов весьма переменны.

Среди наблюдавшихся нами больных через 4-7 дней абсцессы развились после операций по поводу деструктивных форм холецистита, прободной язвы 12-перстной кишки, травм с повреждением полых органов, через 10-12 дней - после операции по поводу желудочно-кишечных кровотечений и травм с массивным внутрибрюшным кровотечением, через 18-30 дней после операций по поводу панкреонекроза и реконструкции на желчных путях.

Диагностика абсцессов затруднена в связи со значительным разнообразием симптомов. Ценность многих клинических и лабораторных признаков выявляется лишь в совокупности. Основную роль в диагностике играют инструментальные методы, особенно динамическое ультразвуковое исследование, компьютерная томография.

Основным методом лечения является хирургический. При хирургическом вмешательстве производим вскрытие, опорожнение полости абсцесса и адекватное дренирование. В зависимости от локализации абсцессов использовали абдоминальный чрезбрюшинный доступ, внебрюшинный по Клермону, реже по Мельникову.

В послеоперационном периоде применяли антибактериальную, дезинтоксикационную иммунотерапию, общеукрепляющую и стимулирующую. По показаниям использовали переливание эритроцитарной массы и свежзамороженной плазмы, методы экстракорпоральной детоксикации.

При бактериологическом исследовании гноя из полости абсцесса высевали:

■ кишечную палочку	(4)	-	15,4%
■ энтеробактер	(1)	-	3,8%
■ протей вульгарный	(3)	-	11%
■ протей ретгери	(2)	-	7,2%
■ клебсиеллу	(1)	-	3,8%
■ золотистый стафилококк	(2)	-	7,2%
■ эпидермальный стафилококк	(3)	-	11%
■ негемолитический стрептококк	(1)	-	3,8%
■ сапрофиты	(3)	-	11%
■ ассоциации микроорганизмов		-	15%

В 20 % случаев в посевах микроорганизмы не получены, что возможно связано с наличием неспорообразующей анаэробной микрофлоры.

С антибактериальной целью использовали как общепринятые для лечения подобных заболеваний препараты (пенициллины, аминогликозиды, левомицетин и т.д.), так и цефалоспорины и производные метронидазола.

При использовании в послеоперационном периоде сочетаний пенициллина с аминогликозидами сроки пребывания больных в стационаре после операции составляют 25-30 дней. При использовании препаратов цефалоспоринового ряда сразу после вскрытия абсцессов сроки пребывания больных - 12-15 дней.

Из 26 больных умер 1. Причиной смерти явился сепсис, полиорганная недостаточность.

Анализируя итоги работы считаем, что:

1) профилактика и возникновение послеоперационных поддиафрагмальных и подпеченочных абсцессов является своевременная диагностика и

лечение острых заболеваний органов брюшной полости, обязательное соблюдение техники оперативных вмешательств, проведение адекватной санации и дренирования брюшной полости, особенно при urgentных операциях;

2) в диагностике гнойно-септических осложнений использовать комплексный подход с более широким использованием инструментальных методов диагностики;

3) основным методом лечения поддиафрагмальных и подпеченочных абсцессов считаем хирургическую операцию с вскрытием гнойной полости и активным дренированием ее в послеоперационном периоде;

4) преобладающей микрофлорой гнойников является грам "-" и с учетом клиники заболевания и особенностей гнойного отделяемого с первых дней послеоперационного периода рекомендуем назначать препараты широкого спектра действия, чаще цефалоспоринового ряда последних поколений в сочетании с препаратами, активными в отношении неклостридиальной анаэробной микрофлоры;

5) своевременно проводить профилактику легочных и сердечно-сосудистых осложнений.